

UMA REFLEXÃO SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO E MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA EM PORTUGAL

A REFLECTION ON SELF-MEDICATION AND NON-PRESCRIPTION MEDICINES IN PORTUGAL

Pedro Soares Cruz

PharmD, MSc. 4Choice Health Consultancy

Margarida Caramona

PharmD, PhD. Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Mara Pereira Guerreiro

PharmD, PhD. CiiEM/ISCSEM, ESEL. 4Choice Health Consultancy

Resumo

Em Portugal, o enquadramento oficial da automedicação está restrito ao uso de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) em transtornos menores, e no geral transitórios, embora haja uma tendência internacional para estender a automedicação a problemas crónicos.

Atualmente, Portugal classifica como sujeitos a receita médica medicamentos que não necessitam de prescrição noutros países com idêntico nível de desenvolvimento humano (Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas). A experiência de outros países desenvolvidos pode ser útil para a discussão sobre oportunidades de alargamento do arsenal de MNSRM em Portugal. A literatura científica sugere que a existência de uma categoria de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia, recentemente introduzida em Portugal, contribui para o aumento deste arsenal.

No global, verificou-se uma tendência de crescimento no mercado de MNSRM entre 2005 e 2013. Vários fatores podem explicar esta tendência, incluindo a existência de novos locais de venda de MNSRM e algumas reclassificações de sujeito para não sujeito a receita médica.

Em consonância com dados internacionais, estudos realizados em Portugal indicam que a automedicação é um fenómeno comum. A análise da evolução da prevalência deste fenómeno ao longo do tempo não é fácil, dada a escassez de estudos longitudinais. A evidência nacional sugere que os consumidores atribuem ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à automedicação.

Ao longo do trabalho sugerem-se várias áreas para investigação futura.

Palavras-chave: Automedicação, prevalência, reclassificação, MNSRM, MNSRM-DEF, Portugal.

Abstract

In Portugal the Governmental framework for self-medication considers the use of non-prescription medicines to relieve minor illnesses only, although there is an international trend for extending it to long-term conditions.

Medicines available as non-prescription in countries with similar United Nations Human Development Index are still classified as prescription-only in Portugal. The experiences of developed countries may be useful for discussing opportunities of widening the non-prescription medicines (NPM) list in Portugal. The literature suggests that the existence of a “pharmacy-only” category, which was recently introduced in Portugal, contributes to broadening the number of available drugs with a non-prescription status.

Overall, there has been an upward trend in the national NPM market between 2005 and 2013. Several factors may explain this trend, including the steady opening of drug stores in this period and some prescription to non-prescription switches.

Portuguese data on the prevalence of self-medication show it is common, which is in accordance with international literature. Analysis of prevalence over time is hampered by the absence of longitudinal studies. Portuguese studies suggest that consumers rank highly pharmacists' role in supporting self-medication. Throughout the paper several areas for future research are suggested.

Keywords: Self-medication, prevalence, switch, non-prescription medicines, pharmacy-only medicines, Portugal.

A automedicação tem sofrido marcadas alterações – políticas, regulamentares, sociais – ao longo das últimas décadas. Este trabalho pretende discutir alguns aspetos essenciais para enquadrar a automedicação na atualidade em Portugal. Depois de contextualizar a automedicação e de apresentar a definição oficial no nosso país, procura-se enquadrar o mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) em Portugal, comparando-o com outros países de idêntico nível de desenvolvimento humano. Apresenta-se também a evolução do mercado de MNSRM nos últimos nove anos, em número de embalagens e valor, e debatem-se tendências. Finalmente, discute-se a prevalência da automedicação em Portugal, com base na literatura científica nacional, e comparam-se estes dados com estudos internacionais.

Definição de Automedicação

Impõe-se e aceita-se empiricamente que o conceito de automedicação possa ser coincidente com a própria existência humana. Nas várias etapas da evolução civilizacional, sempre se procurou obter ou produzir e utilizar uma variedade de recursos terapêuticos que efetivassem o alívio dos sintomas e o tratamento de doenças, primeiro recorrendo a plantas medicinais, remédios caseiros, preparados galénicos e, posteriormente, a especialidades farmacêuticas subsequentes à industrialização do medicamento.

Com a evolução da acessibilidade ao medicamento, nos anos 1970 e 1980, a automedicação generalizou-se¹, passando a ser considerada parte integrante do autocuidado em saúde – ato independente de prevenção, diagnóstico e tratamento das próprias doenças sem aconselhamento profissional².

Num conceito mais global, pode-se considerar a automedicação como o ato pelo qual o indivíduo, por sua iniciativa ou por influência de outros, decide usar um medicamento para alívio ou tratamento de queixas autovalorizadas. Este conceito engloba todos os tipos de medicamentos, incluindo os sujeitos a receita médica. Contudo, a perspetiva mais corrente associa a automedicação ao uso de MNSRM. Destaca-se a

definição do Grupo de Consenso sobre Automedicação, que consta no Despacho n.º 17 690/2007, de 10 de agosto: «a utilização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.» Este Despacho inclui um total de 66 situações passíveis de automedicação, distribuídas por nove sistemas (digestivo, respiratório, cutâneo, nervoso/psíque, muscular/ósseo, geral, ocular, ginecológico, vascular).

Verifica-se atualmente uma tendência em países desenvolvidos para alargar as fronteiras da automedicação a doenças crónicas. O Reino Unido e a Nova Zelândia representam o paradigma desta tendência³. Recentemente, nos Estados Unidos da América (EUA), o American College of Obstetricians and Gynecologists defendeu a disponibilização de contraceptivos orais sem prescrição médica⁴. Em qualquer dos casos está em causa a melhoria do acesso ao medicamento, em particular quando existem limitações na obtenção de consultas médicas em cuidados de saúde primários. Todavia, a experiência de outros países indica que a reclassificação para MNSRM ou «switch» – isto é, a alteração do estatuto quanto à dispensa de medicamento sujeito a receita médica (MSRM) para MNSRM – não implica necessariamente maior acesso ao medicamento. Um exemplo é a reclassificação da sinvastatina 10 mg para MNSRM no Reino Unido. Cinco anos depois desta reclassificação, um estudo escocês indica que a maioria dos farmacêuticos não parece aconselhar este medicamento, devido a uma perceção de falta de evidência, reduzida procura dos consumidores, queixas sobre o preço do medicamento e dificuldade no acesso ao processo clínico dos doentes⁵.

O conceito de MNSRM é indissociável da definição oficial de automedicação que se adota neste trabalho. Na secção seguinte procura-se enquadrar o mercado de MNSRM em Portugal.

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

A transposição da Diretiva n.º 92/26/CEE para o direito nacional pelo Decreto-Lei n.º 209/94, de 6 de agosto, atualizou a classificação dos medicamentos quanto à dispensa, introduzindo a designação de MNSRM, que se mantém até à data. Mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, introduziu uma subcategoria de MNSRM, que pelo seu perfil de segurança ou pelas suas indicações apenas devem ser dispensados em farmácias, mediante protocolos definidos pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Este diploma legal refere que a dispensa destes medicamentos exige a intervenção do farmacêutico. A classificação introduzida, contudo, é equivalente à categoria «*pharmacy only*» (dispensa reservada à farmácia), existente em países como o Reino Unido, e não «*pharmacist only*» (dispensa reservada ao farmacêutico), como sucede na Austrália, na Nova Zelândia e no Japão³. Esta diferença acarreta implicações práticas no contexto nacional, pois uma classificação à luz da última categoria permitiria que estes medicamentos fossem dispensados em locais de venda de MNSRM, conquanto a dispensa fosse intermediada por um farmacêutico. Ao contrário das farmácias, nestes locais não é obrigatória a presença de um farmacêutico (Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto). A Tabela 1 resume os MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia.

Num artigo publicado em 2006, Gilbert et al compararam a classificação quanto à dispensa de 119 medicamentos em seis países: EUA, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, França e Reino Unido⁶. Os autores concluíram que existia uma tendência para disponibilizar mais medicamentos sem prescrição em países com classificações que preconizavam o envolvimento da farmácia (Austrália, Nova Zelândia, Canadá, França e Reino Unido), relativamente àqueles em que a dispensa exclusiva em farmácia não existia (EUA)⁶. É assim possível que a recém-introduzida classificação MNSRM-DEF venha a contribuir para um maior número de medicamentos sem prescrição no nosso país, embora os resultados até ao momento sejam bastante incipientes.

Em 2014, Gauld et al analisaram a reclassificação de MNSRM para MNSRM em seis países desenvolvidos: EUA, Reino Unido, Austrália, Japão, Holanda e Nova Zelândia³. Os países foram selecionados com vista a assegurar diversidade em termos da classificação quanto à dispensa para MNSRM, localização geográfica, população, sistema de saúde e cultura. Adicionalmente, estes países apresentavam, em 2010, um

Tabela 1 – MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-DEF)

| DCI | Indicações e outras condições de dispensa exclusiva em farmácia |
|--|--|
| Paracetamol + codeína + buclizina | Administração oral Indicações terapêuticas: tratamento profilático e sintomático de enxaquecas, incluindo as crises de cefaleias, náuseas e vômitos |
| Cianocobalamina | Administração oral Indicações terapêuticas: prevenção e tratamento de estados carenciais de vitamina B12 |
| Ácido salicílico + fluorouracilo | Uso externo Indicações terapêuticas: verrugas vulgares, verrugas juvenis planas, verrugas plantares. Verrugas seborreicas |
| Ácido salicílico + fluorouracilo + ácido láctico | Uso externo Indicações terapêuticas: verrugas e calosidades |
| Lidocaína + prilocaína | Uso externo Indicações terapêuticas: para anestesia tópica |
| Adaptado do Anexo I da Deliberação n.º 24/CD/2014, INFARMED. | |

índice de desenvolvimento humano muito elevado na seriação das Nações Unidas (posição superior a 45). Este índice inclui componentes de desenvolvimento socioeconómico, saúde e educação. Em particular, os autores estudaram as reclassificações inovadoras entre 2003 e 2013, ou seja, aquelas que permitiam acesso a uma terapêutica segura e eficaz não disponível até à data, durante o período em estudo, ou que representavam uma melhoria no arsenal terapêutico de MNSRM, comparativamente ao existente, em qualquer um dos países incluídos. À semelhança dos países considerados por Gauld et al, Portugal integra o grupo de países de desenvolvimento humano muito elevado⁷. Torna-se assim pertinente comparar as reclassificações inovadoras entre estes países, conforme descrito no trabalho de Gauld et al, e Portugal (Tabela 2).

É de salientar que a Nova Zelândia foi o único dos seis países estudados a reclassificar várias vacinas para MNSRM. É interessante discutir esta possibilidade para o nosso país, em particular para a vacina da gripe, que é administrada sem prescrição médica ou guia de tratamento nos centros de saúde⁸. *Prima facie*, esta poderia ser uma candidata à reclassificação para MNSRM, com potencial aumento da cobertura vacinal, atendendo à legislação sobre administração de vacinas em farmácia comunitária e à recém-criada categoria MNSRM-DEF. Contudo, e

Tabela 2 – Comparação de reclassificações inovadoras (2003-2013) entre seis países com índice de desenvolvimento humano muito elevado³ e Portugal

| | |
|---|--|
| Disponível em Portugal com a classificação MNSRM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aciclovir (creme) 2. Beclometasona (nasal) 3. Clotrimazol vaginal 4. Contraceção oral de emergência 5. Ipratrópio (nasal) 6. Minoxidil 7. Naproxeno 8. Nicotina (sistema transdérmico) 9. Omeprazol 10. Orlistato 11. Pantoprazol 12. Triamcinolona (comprimido bucal) |
| Disponível em Portugal com a classificação MSRM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Amorolfina (verniz medicamentoso) 2. Azitromicina 3. Calcipotriol (creme) 4. Domperidona 5. Flavoxato 6. Fluconazol 7. Isoconazol (vaginal) 8. Loratadina* 9. Sinvastatina 10. Cloranfenicol (colírio) 11. Sumatriptano 12. Osetamivir 13. Oxibutinina (sistema transdérmico) 14. Tansulosina 15. Trimetoprim** 16. Triamcinolona (nasal) 17. Vacina contra a cólera 18. Vacina contra a gripe 19. Vacina contra o meningococo 20. Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa 21. Vacina viva contra a zona 22. Zolmitriptano (solução para pulverização nasal) |
| Medicamento não disponível em Portugal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alclometasona 2. Ácido eicosapentaenóico 3. Ácido tranexâmico 4. Famciclovir 5. Hioscina 6. Loxoprofeno 7. Vacina contra a <i>Escherichia coli</i> enterotóxica |

* Uma especialidade farmacêutica classificada como MNSRM tem AIM revogada.
 ** Disponível apenas em associação com o sulfametoxazol.

independentemente de outros fatores, vislumbram-se desde já entraves legais, visto que os medicamentos para administração parentérica são forçosamente classificados em MSRM segundo o Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na sua atual redação).

A Tabela 2 revela um considerável número de medicamentos que em Portugal são sujeitos a receita médica, mas que não necessitam de prescrição noutros países com idêntico desenvolvimento humano. Alguns destes casos, como a tansulosina e a sinvastatina, podem ser explicados à luz da definição oficial de automedicação no nosso país, que exclui doenças crónicas como a hiperplasia benigna da próstata e a dislipidemia. Ainda assim, compararam-se apenas reclassificações consideradas inovadoras. Pode-se inferir que Portugal tem um arsenal de MNSRM mais conservador que a totalidade destes países; conclusões sobre a dimensão deste arsenal relativamente a outros países carecem de investigação, nomeadamente com base no número absoluto de substâncias ativas não sujeitas a receita médica em cada um deles.

O mercado dos MNSRM em Portugal é caracterizado pela existência de 734 marcas de medicamentos, às quais correspondem 1034 medicamentos e 2087 apresentações⁹.

As vendas totais de MNSRM no período de janeiro a dezembro de 2014, de acordo com o INFARMED¹⁰, atingiram um valor (preço de venda ao público) de € 211 630 792, correspondente a 37 133 831 embalagens, representando 9 por cento do valor do mercado total de medicamentos (Tabela 3).

Os dados disponíveis para avaliar a evolução global do mercado dos MNSRM em Portugal (farmácias e locais de venda de MNSRM) apresentam algumas discrepâncias, consoante as fontes consultadas, mas é possível identificar tendências. Em relação às farmácias, optou-se por utilizar dados de vendas destes estabelecimentos, obtidos a partir do sistema de informação hmR, com base num estudo disponibilizado pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR)¹¹. Os dados de vendas fora das farmácias foram os de uma empresa de estudos de mercado utilizados no trabalho do CEFAR¹¹.

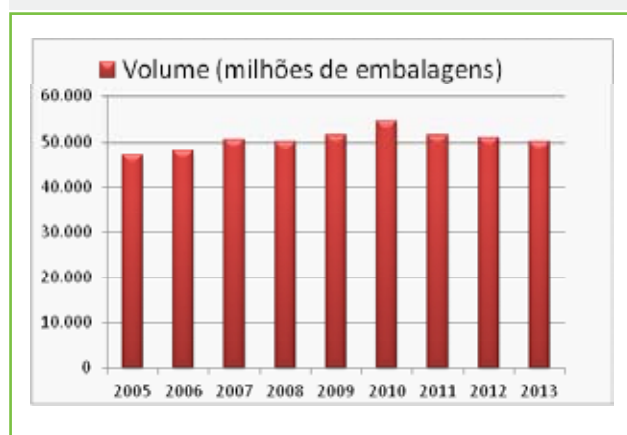
A Figura 1, adaptada a partir do estudo referido¹¹, traduz uma tendência geral de crescimento em número de embalagens de MNSRM de 2005 a 2010. A partir de 2010 regista-se uma tendência inversa na evolução dessas vendas, que em 2013 representou um decréscimo de 2,4 por cento em relação a 2012.

O decréscimo no número de embalagens vendidas a partir de 2011 pode estar relacionado com a diminuição do poder de compra das famílias em Portugal, fruto de medidas previstas no Memorando de Entendimento assinado pelo Governo de Portugal, pela Comissão Europeia, pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Central Europeu, e o aumento dos níveis de desemprego.

Tabela 3 – Enquadramento de MNSRM no mercado total de medicamentos¹⁰

| | | N.º embalagens | Valor (PVP €) | Representatividade (%) | |
|------------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------|
| | | | | Volume | Valor |
| Mercado total de ambulatório | | 244 988 383 | 2 439 019 961 | -- | -- |
| MNSRM | Farmácias | 29 434 347 | 170 224 466 | 79 | 80 |
| | Fora das farmácias | 7 699 484 | 41 406 325 | 21 | 20 |
| | Total | 37 133 831 (15,16%) | 211 630 792 (8,68%) | -- | -- |

A análise da evolução das vendas de MNSRM em valor no mesmo período indica igualmente uma tendência de crescimento (Figura 2). Para este crescimento em valor pode contribuir não apenas o aumento do número de embalagens mas também o aumento do seu preço de venda ao público. A análise da evolução temporal do índice de preços do INFARMED (IPI),

Figura 1 – Evolução das vendas de MNSRM em número de embalagens¹¹Figura 2 – Evolução das vendas de MNSRM em valor (PVP)¹¹

Ainda assim, em 2013 foram vendidas mais embalagens do que em 2005, o que atesta uma tendência crescente de consumo destes medicamentos. Para este facto pode ter contribuído a maior acessibilidade aos MNSRM a partir dessa data, fruto da existência de novos locais de venda de MNSRM (Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto). Pita e Nunes indicam um aumento destes locais de aproximadamente 200 para 900 entre 2006 e 2010; até esse período, estes autores não encontraram evidência de efeito *shake-out* a nível nacional ou regional (ou seja, saída por parte das empresas após uma forte entrada inicial)¹². Os atuais dados¹⁰ sobre o número de locais de venda de MNSRM – 1013 – parecem confirmar, no global, a ausência de efeito *shake-out*.

O maior consumo destes medicamentos, eventualmente determinado por maior acessibilidade aos MNSRM, levanta várias questões pertinentes para investigação. Por exemplo, desconhece-se se o uso dos medicamentos é apropriado ou se está associado a morbilidade.

calculado com base nos preços aprovados antes da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, indica uma tendência mantida de aumento do PVP nos MNSRM fora das farmácias partir de 2008 (Tabela 4)^{10,13}. Ainda assim, Pita e Nunes concluíram que o PVP dos medicamentos fora das farmácias aumentou menos, em relação ao período base, do que o preço relativo ao cabaz de bens representativos da economia, conforme indicado pelo rácio entre o IPI e o índice de preços ao consumidor¹². Será interessante realizar esta análise a partir de 2011, uma vez que o estudo de Pita e Nunes incidiu até 2010. Conforme referido, o IPI é calculado apenas com base nos dados reportados pelos locais de venda de MNSRM, não levando portanto em conta as farmácias, que detêm cerca de 80 por cento da quota de mercado¹⁰.

A tendência geral de crescimento do mercado de MNSRM desde 2005 pode também estar relacionada com a reclassificação de vários medicamentos durante este período, como os contendo omeprazol 10 e 20 mg e pantoprazol 20 mg. Contudo, a evolução

temporal da lista de MNSRM, incluindo o número de substâncias ativas e padrões de reclassificação, está ainda pouco estudada em Portugal, emergindo como uma área para investigação futura.

Tabela 4 – Índice de preços Paasche para MNSRM vendidos fora das farmácias^{10,13}

| Ano | IPI (base 100: agosto de 2005) |
|-------|--------------------------------|
| 2005* | 91,99 |
| 2006 | 99,26 |
| 2007 | 99,54 |
| 2008 | 101,31 |
| 2009 | 102,38 |
| 2010 | 103,88 |
| 2011 | 106,60 |
| 2012 | 108,96 |
| 2013 | 110,0 |
| 2014 | 112,10 |

* Só contempla vendas a partir de outubro, por força da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto.

Prevalência da Automedicação em Portugal

Para discutir a prevalência da automedicação em Portugal, foram selecionados estudos respeitantes à realidade nacional; compararam-se depois estes dados com estudos internacionais.

Com o objetivo principal de determinar a prevalência da automedicação em meio urbano, foram realizadas 4135 inquéritos por entrevista a utentes de 11 farmácias comunitárias em Lisboa e 15 farmácias no Porto¹⁴. O estudo revelou uma prevalência da automedicação de 26,2 por cento. A automedicação foi mais comum nos escalões etários entre os 10 e os 49 anos, embora ainda fosse substancial nos indivíduos com idade superior a 49 anos. Por regressão logística foram determinados vários preditores da automedicação; salientam-se o maior nível de escolaridade, ocupação (estudantes e empregados *versus* reformados, desempregados ou domésticas), utilização de um serviço público de saúde e maior tempo de espera por consulta médica (uma semana a um mês). Face a um problema de saúde ligeiro ou moderado, cerca de 46 por cento dos inquiridos afirmaram consultar o médico e cerca de 28 por cento o farmacêutico. Metade dos inquiridos informou adquirir medicamentos para

automedicação por conselho do farmacêutico, 30 por cento por iniciativa própria, 18 por cento por sugestão de amigos ou familiares e cerca de 1 por cento por recomendação de enfermeiro.

Melo et al realizaram um estudo semelhante em áreas rurais de Portugal, através de um inquérito por entrevista a 2879 utentes em 35 farmácias¹⁵. Os resultados revelaram uma prevalência da automedicação em áreas rurais de 21,5 por cento, ligeiramente inferior à população urbana¹⁴. Este resultado não é surpreendente, considerando a maior iliteracia da amostra rural em relação à urbana (17,6 por cento *versus* 7,5 por cento) e atentando ao maior nível de escolaridade como um preditor da automedicação. A prevalência da automedicação revelou-se igual entre géneros, mas mais elevada em indivíduos abaixo dos 40 anos (33,6 por cento) e menor acima dos 60 anos (14,2 por cento). Alguns dos preditores da automedicação determinados neste estudo são comuns à população urbana, como o maior tempo de espera por uma consulta médica. O farmacêutico foi a pessoa que mais influenciou a seleção do medicamento adquirido pelos inquiridos (47,2 por cento)¹⁵.

Posteriormente, foram realizados no nosso país dois estudos de âmbito local. Peixoto aplicou um inquérito por questionário a 73 indivíduos com idade entre os 18 e os 65 anos, residentes numa freguesia do concelho de Barcelos, através de uma amostragem aleatória estratificada¹⁶. Este trabalho obteve uma prevalência da automedicação de 86,3 por cento; na maioria das situações os indivíduos recorriam a medicamentos que já tinham em casa (58,7 por cento). Entre os inquiridos que referiram procurar esclarecimentos adicionais sobre os medicamentos, cerca de metade recorreu ao farmacêutico (47,8 por cento), seguido do folheto informativo (39,1 por cento). De salientar que neste estudo 90,5 por cento da amostra admitiram não conhecer os riscos inerentes à automedicação. Martins et al obtiveram uma prevalência da automedicação ainda mais elevada (91,3 por cento), através de inquéritos por questionário administrados a 400 utentes, presumivelmente em sete farmácias e dois locais de venda de MNSRM do concelho de Bragança¹⁷. Os inquiridos consideraram o farmacêutico como a fonte de informação mais credível sobre automedicação¹⁷.

Os quatro estudos supracitados, realizados em Portugal, incidiram na população adulta. Todos consideraram a automedicação como a utilização de qualquer medicamento não prescrito pelo médico, independentemente da sua classificação quanto à dispensa, com exceção do estudo realizado na região de Bragança. Este determinou a prevalência da

automedicação com base na questão «Já alguma vez se automedicou». Contudo, nove inquiridos não conheciam o termo «automedicação»; não é possível excluir que suplementos alimentares e outros produtos de saúde sejam considerados medicamentos pelos restantes inquiridos. O trabalho de Peixoto também apresenta esta limitação.

Os estudos de Peixoto¹⁶ e Martins et al¹⁷ obtiveram taxas de prevalência bastantes díspares em relação aos dois trabalhos anteriormente referidos. Estas diferenças podem estar relacionadas com vários fatores, nomeadamente os aspetos metodológicos. Martins et al¹⁴ e Melo et al¹⁵ consideraram automedicação a aquisição de pelo menos um medicamento sem receita médica, referente à visita que o utente efetuava à farmácia na altura da entrevista. Peixoto descreve o consumo de medicamentos no último ano e o estudo na região de Bragança em qualquer ocasião no passado. Embora a metodologia de Martins et al¹⁴ e de Melo et al¹⁵ seja mais rigorosa, até por obviar enviesamentos de memória, pode subestimar a prevalência da automedicação associada a medicamentos que os consumidores dispõem no domicílio. Finalmente, um fator que pode contribuir para explicar valores superiores de prevalência de automedicação nos dois estudos posteriores a 2006 é a maior acessibilidade aos MNSRM, fruto da existência de novos locais de venda de MNSRM.

No geral, os grupos terapêuticos mais frequentemente envolvidos na automedicação são preparações nasais e sistémicas para gripe, constipação e tosse e os analgésicos antipiréticos e anti-inflamatórios¹⁴⁻¹⁷.

A realização de inquéritos longitudinais de âmbito nacional, com amostras representativas da população, seria importante para melhor compreender a dimensão e a evolução da automedicação em Portugal. Vários dados internacionais confirmam que a automedicação é um fenómeno prevalente na população adulta¹⁸⁻²¹, embora também se verifiquem discrepâncias nas prevalências estimadas. A semelhança dos estudos nacionais, a evidência disponível assenta no auto-reporte, recolhido através de inquérito por entrevista ou questionário, em farmácia comunitária^{18,20,21} ou no âmbito de outros inquéritos¹⁹.

Conclusões

Em Portugal, a automedicação, conforme definida em despacho ministerial, está restrita a transtornos menores, e no geral transitórios, envolvendo MNSRM. Este posicionamento está alinhado com muitos outros países desenvolvidos, embora haja uma tendência internacional para alargar as fronteiras da automedicação a problemas crónicos.

Portugal ainda classifica como sujeitos a receita médica medicamentos que não necessitam de prescrição em países com idêntico desenvolvimento humano. Apesar deste tipo de variações estar amplamente documentado, a reclassificação de MNSRM para MNSRM noutros países desenvolvidos fornece um ponto de partida para discutir oportunidades de alargamento do arsenal de MNSRM. Contudo, é necessária mais investigação para estabelecer se o número de MNSRM disponíveis em Portugal é efetivamente conservador. A literatura sugere que a categoria de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia, recentemente introduzida em Portugal, pode contribuir para um aumento do arsenal de MNSRM.

Verificou-se uma tendência de crescimento no mercado de MNSRM entre 2005 e 2013. No global, o aumento do número de embalagens vendidas pode ser influenciado pela maior acessibilidade, fruto da existência de novos locais de venda de MNSRM e pela reclassificação de alguns medicamentos para MNSRM. Para o crescimento deste mercado em valor pode contribuir não apenas o aumento do número de embalagens vendidas, mas também um incremento observado do seu preço de venda ao público.

A automedicação é um fenómeno comum entre nós, o que está de acordo com a evidência internacional. É difícil analisar a evolução da prevalência da automedicação ao longo do tempo, pela escassez de estudos longitudinais; a comparação entre estudos com abordagens metodológicas distintas, realizados em diferentes momentos, deve ser feita com extrema cautela. No entanto, apesar da limitação destes estudos, é evidente que os consumidores atribuem ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à automedicação. Impõe-se, em complemento, uma reflexão sobre os benefícios e os riscos da automedicação, suportada pela evidência científica.

Agradecimentos

Agradece-se ao Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) a disponibilização de um resumo do estudo «Farmácias vs. Mass Market – MNSRM 2013 vs. 2012».

Referências Bibliográficas

1. World Self-Medication Industry. The story of self-care and self-medication – 40 years of progress, 1970-2010. 2010; p. 32.
2. Knapp-Duglosz C. OTC Advisor – The Pharmacist's Role in Self-Care. 2009; p. 17.
3. Gauld NJ, Kelly FS, Kurosawa N, Bryant IJM, Emmerton LM, Buetow SA. Widening consumer access to medicines through switching medicines to non-prescription: a six country comparison. PLoS One. 2014;9(9):e107726.

4. Committee on Gynecologic Practice. Over-the-counter access to oral contraceptives. *Obs Gynecol*. 2012;120:1527-31.
5. Paudyal V, Hansford D, Cunningham S, Stewart D. Pharmacists' perceived integration into practice of over-the-counter simvastatin five years post reclassification. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(5):733-8.
6. Gilbert A, Rao D, Quintrell N. A review of pharmaceutical scheduling processes in six countries and the effect on consumer access to medicines. *Int J Pharm Pract*. 2006;14(2):95-104.
7. Malik K, ed. Human Development Report 2013. United Nations Development Programme; 2013.
8. Orientação da Direção-Geral da Saúde. Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente para a época 2014/15. 2014; pp. 1-6.
9. INFARMED I.P. Estatística do Medicamento 2013; 2015.
10. INFARMED I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) janeiro dezembro 2014. 2015.
11. CEFAR. Resumo do Estudo Farmácias vs Mass Market – MNSRM 2013 vs 2012. 2013.
12. Barros PP, Nunes LC. A liberalização dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. In: Barros PP, Nunes LC, editors. 10 Anos de Política do Medicamento em Portugal. 2011. p. 101-50.
13. INFARMED I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) janeiro-dezembro 2012; 2013.
14. Martins AP, Miranda ADC, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11(5):409-14.
15. Melo MN, Madureira B, Ferreira APN, Mendes Z, Miranda ADC, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci*. 2006;28(1):19-25.
16. Peixoto J. Automedicação no adulto. Universidade Fernando Pessoa; 2008.
17. Martins D et al. Prevalência da automedicação na região de Bragança: a perspetiva do consumidor e do farmacêutico. *Egitação Sci*. 2011;8:199-215.
18. Albarrán KF, Zapata LV. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci*. 2008; 30(6):863-8.
19. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Miguel AG. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008;17(2):193-9.
20. Hassali MA, Shafie AA, Al-Qazaz H, Tambyappa J, Palaian S, Hariraj V. Self-medication practices among adult population attending community pharmacies in Malaysia: an exploratory study. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(5):794-9.
21. Papakosta M, Zavras D, Niakas D. Investigating factors of self-care orientation and self-medication use in a Greek rural area. *Rural Remote Health*. 2014;14:2349.